

ПОТВРДА О ПОДНЕТОЈ ПРИЈАВИ – ОДАВИ ОСИГУРАЊА,  
ЗАСНИВАЊУ И ПРЕСТАНКУ РАДНОГ ОДНОСА

МФ

1	Матични — лични број осигуранић	60-700-300-18	2 8 0 3 7 5 4 9 2 2 0 2 5	22
2	Регистарски број обавезника уплате доприноса	6 0 0 2 0 1 3 3 2		32

3	Презиме и име (писати штампаним словима)	DANCETOVIĆ MIRODRAG			60
4	Датум рођења	дан	месец	година	
5	Пол	мушки <input checked="" type="checkbox"/>	женски <input type="checkbox"/>	2	
6	Школовна спрема	колеџ			
7	Посебни подаци	Да ли је:	да	не	
		слеп	1	2	
		дистрофијар	1	3	
		цивилна жртва рата (70%)	1	2	
8	Назив и седиште обавезника уплате доприноса	Институција за инвалиде			
					35

Напомена: осанчене делове не попуњава подносилац пријаве

9	Радно време осигурањима	човека одједном								
10	Основ осигурања	радијација								
11	Занимање	инвалид								
12	Стручно образовање									
13	Стручна спрема за обављање одређених послова, односно радних задатака									
14	Датум ступања на ред у осигурање	дан	месец	година						
15	Да ли је преи нуђено изабављен на осигурање	не <input checked="" type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/>	1						
16	У којој је организација запослен	1	2	3	4	5				
17	Датум престанка претходног запослења	СР/САД	дан	месец	година					
18	Да ли је остварио неко право из пензијског и инвалидног осигурања	не <input checked="" type="checkbox"/>	стариосна пензија	инвалидна пензија	војне пензија					
		0	1	2	3					
19	Датум престанка осигурања на основу престанка радног односа	20.01.1987. istek red na odredjeno vreme								
Посебни подаци за СИЗ запошљавања										
21	Занимање	инвалид								
22	Врста радног односа	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23	Начин запошљавања	1	2	3	4	5	6			
24	Регистарски број ПР код СИЗ запошљавања	0000000000								

ШИФРА ДЕЛАТ. ООУР \_\_\_\_\_ ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА \_\_\_\_\_

МЕСТО \_\_\_\_\_ УЛИЦА И БРОЈ \_\_\_\_\_ ОПШТИНА \_\_\_\_\_ С. РЕПУБЛИКА — САД \_\_\_\_\_

БРОЈ	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ЧЛАНОВА ПОРОД.	МАТИЧНИ БРОЈ	СРОДСТВО
2.			

у \_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_ 19\_\_ год. Потпис подносиоца пријаве. \_\_\_\_\_